

## **ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

---

### **АДАПТАЦИОННЫЕ РЕЗЕРВЫ БОЛЬНОГО И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

*Дроздова М.С.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Исследования последних лет показали, что спектр механизмов приспособления к болезни на разных этапах ее течения и терапии колеблется от активных, сознательных, гибких и конструктивных до пассивных, неосознаваемых, ригидных и дезадаптивных. Существует даже предположение, что комплекс некоторых индивидуальных поведенческих особенностей в условиях стресса может повлиять на срыв иммунитета и повышение инфицированности человека некоторыми видами микроорганизмов.

Индивидуальные механизмы совладания - это стратегия действий, предпринимаемых индивидом при психологической угрозе, проявляющаяся в разных сферах функционирования личности, приводящая к успешной или неуспешной адаптации в стрессовых условиях. Термин «Coping» (англ.- приспособление, совладание) давно существует в педиатрии «кризисных» возрастов, однако изучение приспособительного поведения взрослых лиц (как здоровых, так и страдающих различными психическими и соматическими заболеваниями) началось сравнительно недавно.

Экспериментально-психологический метод исследования механизмов совладания разработан на кафедре психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (МАПО) и основан на предложенной Т.Нейм (1988) классификации вариантов копинг-поведения. В соответствии с классификацией индивидуальные механизмы совладания могут проявляться следующим образом.

1. В когнитивной (интеллектуальной) сфере: отвлечение или переключение мыслей на другие, «более важные» темы, чем тема болезни; принятие болезни как чего-то неизбежного, проявление своего рода философии стоицизма; игнорирование болезни, даже подшучивание над ней; проблемный анализ болезни и ее последствий,

поиск соответствующей информации, расспрос врачей, обдумывание, взвешенный подход в решениях; относительность в оценке болезни, сравнение себя с другими людьми, находящимися в худшем положении; религиозность, стойкость в вере; придание значения и смысла болезни, например, отношение к ней как к вызову судьбы или проверке стойкости духа; самоуважение – более глубокое осознание собственной ценности как личности.

2. В эмоциональной сфере: *переживание* протеста, противостояния болезни и ее последствиям; эмоциональной разрядки – отреагирования чувств, вызванных болезнью, например, плачем; изоляции – подавления, недопущения чувств, адекватных ситуации; оптимизма – уверенности в преодолении трудной ситуации; пассивного сотрудничества – доверия с передачей ответственности врачу; самообвинения, возложения вины на себя; переживания озлобления, раздражения, связанных с ограничениями в активной жизни; сохранения самообладания – равновесия, самоконтроля.

3. В поведенческой сфере: отвлечение – обращение к какой-либо деятельности, уход в работу; альтруизм – забота о других, отодвигание собственных потребностей на второй план; избегание – стремление избежать «погружения» в процесс лечения; компенсация – отвлекающее удовлетворение каких-либо собственных желаний, например, что-то купить для себя; конструктивная активность – удовлетворение какой-то давней потребности, например, совершить путешествие; уединение – побыть в покое, поразмышлять о себе; активное сотрудничество, ответственное участие в диагностических и лечебных процессах; поиск поддержки – стремление быть выслушанным, получить понимание и содействие.

Методика исследования копинг-стратегий была применена нами впервые в соматической клинике. Индивидуальные механизмы совладания изучались в группе больных с гастродуоденальными эрозиями ( $n=178$ ) в сравнении с группой здоровых лиц ( $n=35$ ). Для изучения эффективности психокоррекции копинг-механизмы у 85 пациентов исследовались при поступлении в стационар и после окончания курса психотерапии. Кроме того, предпринята попытка установить связь динамики эрозивного процесса с изменениями совладающего поведения у 86 пациентов, наблюдаемых в динамике в течение 2 лет.

При исследовании поведенческого аспекта копинг-механизмов существенных различий между больными с эрозиями желудка, двенадцатиперстной кишки и группой здоровых добровольцев не

обнаружено: на сложные жизненные ситуации они реагировали сходным поведением.

В когнитивной сфере у больных неконструктивные реакции встречались чаще, чем у здоровых (на первом месте – реакции по типу растерянности).

Эмоциональные же реакции на стрессы и трудности у пациентов с эрозиями желудка отличались от таковых у здоровых лиц. В ходе обследования у них обнаружено преобладание неадаптивных эмоциональных ответов ( $P<0,05$ ), а также уменьшение количества относительно адаптивных форм реагирования ( $P<0,05$ ). Из неадаптивных форм копинг-поведения всеми пациентами с гастродуоденальными эрозиями чаще использовались покорность (безнадежность) и подавление эмоций ( $P<0,05$ ). Выявленные отклонения указывают на желательность психотерапевтической работы с отдельными пациентами.

В процессе комплексного лечения с использованием оригинальной методики психотерапии пациенты с эрозиями желудка стали достоверно чаще использовать адаптивные формы поведения ( $P<0,05$ ). Они чаще обращались за помощью к значимым для них лицам, следовали лечебным предписаниям, вели здоровый образ жизни. Среди неадаптивных форм поведения у больных с эрозиями желудка преобладала изоляция (62,5%), но в процессе психотерапии она сменялась другими формами (конструктивной активностью, альтруизмом, сотрудничеством). Больные с эрозиями двенадцатиперстной кишки отличались более стабильными поведенческими реакциями, сопровождающимися ограничениями в межличностных отношениях.

Существенных изменений в когнитивной сфере под воздействием психотерапии не произошло: сохранялись тенденции к устранению из сознания истинных причин переживаний либо неспособность к вербальному описанию своего состояния и проблем.

В эмоциональной сфере у больных с эрозиями желудка превалировали пессимизм и подавленность (45,3%) чаще как следствие реальных или воображаемых утрат объектов привязанностей, целей или своих возможностей. Эти типы копинг-механизмов часто совпадали с высокой тревожностью, а в процессе лечения сменялись пассивной кооперацией или отчаянием (эмоциональной разгрузкой) с последующим улучшением самочувствия. Среди пациентов с эрозиями двенадцатиперстной кишки, кроме вышеперечисленных форм (32,1%), нередко

встречались агрессивные эмоциональные тенденции (10,7%), более характерные для лиц с высоким показателем алекситимии.

В результате проведенного лечения достигнуто достоверное снижение использования неадаптивных эмоциональных форм копинг-поведения как у больных с эрозиями желудка ( $P < 0,01$ ), так и с эрозиями двенадцатиперстной кишки ( $P < 0,05$ ).

Проспективное наблюдение пациентов в течение 2-х лет показало, что лица с отрицательной динамикой эрозивного процесса чаще, чем лица с благоприятным течением заболевания, пользуются неадаптивными формами копинг-поведения, особенно в эмоциональной сфере: в 76,5% против 37,5% при эрозиях желудка и в 60,0% против 20,0% - при эрозиях двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, исследование индивидуальных механизмов совладания не только дает ценную и исчерпывающую информацию по вопросу «Как пациент относится к своему заболеванию и связанным с ним проблемам?», но и отвечает на вопрос «Что пациент предпринимает в ответ на возникшие проблемы?». По нашему мнению, эта методика дает значительно больше информации о внутренней картине болезни, чем используемая в настоящее время в медицине методика оценки Качества Жизни. Представленная выше методика позволяет определить, нуждается ли человек в психологической помощи, и помогает предположить, в какой именно. Кроме этого, изучение копинг-поведения дает возможность оценить эффективность проводимой психокоррекции.